

KVINNORS LIV EFTER EN HJÄRTINFARKT

FÖRFATTARE	Emma Berglund & Pia Ragnebäck
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad- Eget arbete OM2240 HT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Jansson-Fagring
EXAMINATOR	Nils Sjöström

FÖRORD

Vi vill tacka våra trogna supportrar Inga-Lill och Agda som har stöttat oss i med- och motvind.

Titel(svensk):	Kvinnors liv efter en hjärtinfarkt
Titel (engelsk):	Women's life after myocardial infarction
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Omvårdnad Eget arbete OM2240
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Emma Berglund & Pia Ragnebäck
Handledare:	Annika Jansson-Fagring
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Hjärt- och kärlsjukdomar är de främsta dödsorsakerna bland både kvinnor och män. Varje år drabbas ungefär 15 000 svenska kvinnor av akut hjärtinfarkt. Först på senare år har forskningen börjat inkludera kvinnor i studier om hjärtinfarkt. Forskning kring hjärtinfarkt och kvinnor har dock främst handlat om upplevelsen av den akuta fasen och inte tiden efteråt. Uppsatsens syfte var att undersöka hur kvinnor upplever och hanterar sin livssituation, en månad - fem år, efter en hjärtinfarkt.

Vi sökte efter vetenskapliga artiklar i databasen Cinahl och valde ut de som bäst motsvarade vårt syfte. Texterna analyserades med induktiv metod. Resultatet visade att kvinnor besvärades av trötthet och fatigue efter en genomgången hjärtinfarkt. Detta påverkade deras livskvalitet negativt. Många kvinnor uppgav också att de besvärades av rollförlust och förlorad identitet. Kvinnorna använde sig av många olika copingstrategier men optimistisk copingstrategi var en av de mest vanliga strategierna. En av slutsatserna var att depression var vanligt förekommande bland kvinnorna. Huruvida det hade något samband med fatigue var något som diskuterades. En annan slutsats var att en förnekande copingstrategi initialt hade ett positivt samband med livskvalitet. Ur en sjuksköterskas synvinkel kan det vara av värde att ta till sig dessa nya kunskaper eftersom det kan underlätta i bemötandet av den kvinnliga hjärtinfarktpatienten.

INNEHÅLL	
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Prevalens	5
Anatomi och fysiologi	5
Hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor och män	6
Symtom vid hjärtinfarkt	6
Tidigare forskning	7
Begrepp	7
Livskvalitet	7
Hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL)	8
Coping	8
Patricia Benners och Judith Wrubels omvårdnadsteori: The primacy of caring	8
SYFTE	9
METOD	10
Tabell 1. Artikelsökning	10
Inklusionskriterier	11
Exklusionskriterier	11
Dataanalys	11
RESULTAT	11
Livskvaliteten påverkas negativt	11
Livskvaliteten påverkas positivt	12
Copingstrategier	13
Optimism	13
Minimering av konsekvenser	13
Fatalism	14
Accepterande och undvikande coping	14
Prioriteringar	14
Ta kontroll	14
Självuppfattning	14
Bearbetning av sjukdomstrauma	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Livskvalitet	16
Coping	17
Relevans för sjuksköterskefunktionen	18
Förslag till framtida forskning	18
REFERENSER	19
Bilaga 1	22

INLEDNING

Hjärtat är för många en symbol för livet självt. Vid en akut hjärtinfarkt är det många som upplever dödsångest. Men hur förändras livet och känslorna tiden efteråt? Varje år drabbas drygt 35 000 personer av hjärtinfarkt i Sverige och hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna bland både kvinnor och män. Forskning kring denna patientgrupp har länge främst fokuserat på män och det är först på senare tid som kvinnor inkluderats i studier. Därför anser vi att det är viktigt att belysa och lyfta fram kvinnans upplevelser efter en sådan omvälvande händelse som en hjärtinfarkt (1).

BAKGRUND

Prevalens

År 2007 var den vanligaste bakomliggande dödsorsaken hjärt- och kärlsjukdom hos män och kvinnor (2). Statistik från år 2006 visar att 36 619 personer drabbades av hjärtinfarkt. Av dessa var 15 501 kvinnor (1).

Anatomi och fysiologi

Hjärtat pumpar syrefattigt blod till lungorna där det syresätts och kommer tillbaka till hjärtat som pumpar det vidare ut i kroppen så att våra muskler och organ får syre och näringsämnen. För att klara av denna livsviktiga uppgift behöver hjärtmuskeln också blodtillförsel. Detta är sinnrikt löst genom att två kranskärl avdelar sig från proximal aorta. Dessa delar sig i ytterligare grenar. Myokardiet får oftast blodtillförsel från mer än ett kranskärl och det finns många anastomoser och förgreningar. När hjärtat kontraherar stryps blodtillförseln i kranskärlen. När hjärtat relaxerar är inte längre kranskärlen kontraherade och blodet kan strömma fritt genom dem (3).

I vila får hjärtmuskulaturen 70 % av det syre som finns i blodet i kranskärlen, medan skelettmuskulaturen får 25 % av det syre som finns i närliggande artärs blod. Den stora skillnaden mellan dem är att vid träning och aktivitet kan syretillförseln till skelettmuskulaturen öka upp till 70 % eller mer. Denna möjlighet finns inte i hjärtat då syretillgången i vila redan är hög. Därför är hjärtat beroende av bra och framförallt ökat genomflöde i kranskärlen vid träning och ansträngning (3).

Den dominerande orsaken till hjärtinfarkt är ateroskleros i kranskärlen. I första hand angrips det innersta lagret av artärväggen, den så kallade intiman. De aterosklerotiska plackerna uppstår fläckvis och drabbar inte hela kärlet. Vid akut hjärtinfarkt är det oftast en bristning eller en ruptur i ett aterosklerotiskt plack i något av kranskärlen som är orsaken. Skadan som uppkommer i kärnväggen aktiverar trombocyter och plasmakoagulation vilket leder till blodproppsbildning som ockluderar kärlet helt eller delvis (4).

Hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor och män

År 2006 var letaliteten, dödlighet efter hjärtinfarkt, inom 28 dagar 30 % för männen och 33 % för kvinnorna. Fyrtio procent av männen och 47 % av kvinnorna som drabbats av hjärtinfarkt hade avlidit inom ett år, enligt socialstyrelsens rapport år 2006 (1).

Som nämnts tidigare har kvinnor ofta atypiska symtom på hjärtinfarkt. Detta gör det svårare för behandlande läkare att diagnostisera tillståndet och det kan vara en av anledningarna att det går längre tid från symtomdebut hos kvinnor till att behandling startar (5).

En förklaring till dessa skillnader mellan män och kvinnor är att kvinnor med hjärt- och kärlsjukdomar är i genomsnitt 10-15 år äldre än män. Anledningen till den här åldersskillnaden är att kvinnor skyddas från tidig ateroskleros av könshormoner. Menopausen inträder i 50-årsåldern och då minskar könshormonproduktionen. I 50- och 60-årsåldern ökar incidensen snabbt av hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor (6).

Det finns också skillnader mellan män och kvinnor när det gäller rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Färre kvinnor än män ordineras aktivitet av sina behandlande läkare. Detta trots att studier har visat att förbättringar av funktionskapacitet har skett som ett resultat av rehabiliterande träning både hos kvinnor och hos män. När kvinnor har deltagit i rehabiliteringsprogram så har de i större utsträckning än män avbrutit programmet (6).

Vid kranskärlsförträngningar åtgärdas förträngningen med ballongutvidgning eller bypassoperation. Det är cirka 1,5-2 gånger högre risk för kvinnor än män att dö vid en kranskärlsbypassoperation i jämförelse med män. En teori som kan förklara detta är att kvinnor är sjukare när de kommer till operationsbordet. En annan teori handlar om patientens kroppsytta. Kvinnor har mindre kroppsytta än män och därmed mindre kranskärl, vilket leder till att operationen blir mer komplicerad. Även vid ballongutvidgning är det större risk för komplikationer hos kvinnor än hos män (7).

Symtom vid hjärtinfarkt

Det karakteristiska symtomet vid en hjärtinfarkt är central bröstsmärta. Oftast beskrivs den som tryckande, kramande, brännande eller som en tyngdkänsla över bröstet. När patienten förklarar smärtans lokalisering pekar patienten ofta med hela handen över bröstet. Men smärtan kan även vara centrerad i epigastret eller stråla ut i en arm eller i båda, och upp i hals och käkar samt ut i ryggen. Andra förekommande symtom utöver smärta är vegetativa symtom såsom kallsvett, illamående och kräkningar men också andnöd (8).

Kvinnor som insjuknar i hjärtinfarkt upplever i allmänhet bröstsmärta. Det är också vanligt att de har andra symtom utöver eller istället för bröstsmärta. Mellan 15-20% av alla kvinnor som insjuknar har atypiska symtom såsom andfäddhet, trötthet, illamående, svimningskänsla eller allmän sjukdomskänsla (9).

En jämförelse mellan män och kvinnors symtom visar att kvinnor upplever mer rygg-, käk- och nacksmärta, illamående och kräkning, dyspné, matsmältningsbesvär, yrsel, minskad aptit och svimning än män.

Kvinnor och äldre personer är också överrepresenterade bland de hjärtinfarktspatienter som inte har någon bröstsmärta (10).

Tidigare forskning

När det gäller forskning kring hjärtinfarkt har det gjorts många studier. De flesta studier är baserade på män. På senare år har emellertid även kvinnor inkluderats. Det finns även ett antal studier om hjärtinfarkt med ett omvårdnadsperspektiv men de handlar oftast om själva upplevelsen av hjärtinfarkt (smärta, rädsla, dödsångest etc.) eller den akuta vård patienterna fick. Forskningen kring livet efter den akuta fasen av hjärtinfarkt är däremot inte lika omfattande.

I Johansson Sundlers (11) avhandling ”Kvinnors osäkra resa mot hälsa efter en hjärtinfarkt” beskrivs hur det är för kvinnorna att komma tillbaka till vardagen igen efter att ha genomgått en hjärtinfarkt. Hon skriver om den osäkerhet kvinnor känner inför sin egen hälsa och även om en existentiell osäkerhet då livet plötsligt känns skört. Kvinnorna behöver uppföljning och stöd av vårdpersonal men även av närstående personer (11).

Kristofferzon (12) har skrivit avhandlingen ”Life After Myocardial Infarction in Swedish Women and Men”, i vilken hon har undersökt kvinnors och mäns livssituation det första året efter en hjärtinfarkt. Problem i vardagen har tagits upp och vad som görs för att hantera dessa. Deltagarna i studien fick också värdera sin livskvalitet efter hjärtinfarkten där kvinnorna värderade sin livskvalitet lägre än männen den första månaden efter hjärtinfarkten. Över längre tid var det ingen skillnad mellan männen och kvinnorna (12).

Begrepp

Livskvalitet

Livskvalitet har inte samma innebörd hos alla människor. Därför har vi valt tre olika definitioner:

Svenska Akademiens ordbok beskriver livskvalitet som ”(mått på) livsvärde(n) som inte mäts med pengar” (13).

I Nationalencyklopedin skriver man om två olika slags livskvaliteter; å ena sidan handlar det om yttre förutsättningar som går att mäta, å andra sidan handlar det om personliga upplevelser (14).

WHO:

“Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns (15)”.

Dessa tre definitioner betonar att livskvalitet främst handlar om den subjektiva upplevelsen och om hur en person uppfattar sin livssituation i förhållande till den kultur hon/han lever i.

Hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL)

Shumaker och Naughton (16) föreslår en definition av hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL) som bygger på en undersökning av befintliga definitioner. Fritt översatt har de kommit fram till följande:

”Hälsorelaterad livskvalitet hänvisar till människors subjektiva värdering av hur deras nuvarande hälsostatus, sjukvård och hälsofrämjande aktivitet påverkar deras förmåga att utföra och upprätthålla en nivå av allmän funktion som tillåter dem att sträva efter värdefulla livsmål, vilket reflekteras i deras generella välbefinnande. De områden som därvid är viktiga för HRQOL inkluderar: social, fysisk och kognitiv funktion, mobilitet och egenvård samt emotionellt välbefinnande.” (16 s.7)

Coping

Lazarus och Folkman (14) definierar coping som ”...constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (17 s. 141)

De inre och yttre krav som nämns i citatet handlar ofta om psykologisk stress som utlöses när en person uppfattar en situation som farofylld eller påfrestande. Vid coping använder människan sig antingen av ett analyserande sätt där hon söker efter lösningar till den situation som utlöser stress eller så försöker hon ändra på känslan av situationen. Det sistnämnda kan handla om att använda försvarsmekanismer (förnekande, projektion, intellektualisering och regression) eller humor och ironi i en situation. På dessa sätt minskar de otäcka känslorna i situationer som upplevs stressande (17).

Patricia Benners och Judith Wrubels omvårdnadsteori: The primacy of caring

I ”The primacy of caring” (18) beskrivs författarnas syn på vad människan upplever som stressande, men också hur hon avgör sina möjligheter till coping. Utgångspunkt i Benners och Wrubels (18) teori är begreppet ”caring” bäst översatt till ”bry sig om” eller ”omsorg”.

De två grundpelarna i deras teori är följande:

1. ”Bry sig om” eller omsorg är det som framkallar människans stress, men även hennes coping, både i hälsa och sjukdom
2. ”Bry sig om” eller omsorg är grunden för mänskligt liv och därmed det som möjliggör sjuksköterskans arbete

Benner och Wrubel (18) menar att ”bry sig om” står för både vad som är viktigt för individen men också för vad som känns stressande och ångestladdat. Om individen inte bryr sig om något och anser det oviktigt så blir personen troligtvis inte stressad över det heller. Många copingstrategier bygger på att ta distans ifrån det som är jobbigt och stressande. Benner och Wrubel (18) anser att dessa strategier kan hindra människor från att uttrycka rädsla och smärta. De hävdar att ”bry sig om” är det enda som behövs i alla copingstrategier och det ger människan möjligheter att hantera jobbiga situationer samt

att uppleva glädje och tillfredställelsen av att vara beroende av andra. Med andra ord, att ”bry sig om” betyder att individen inte kan vara helt självständig (18).

Att bry sig om något eller någon underlättar för människan att urskilja problem och att finna möjliga lösningar samt att genomföra dem. Författarna (18) hävdar att egenskapen att bry sig om är essentiell i omvårdnad. Om sjuksköterskan bryr sig ser hon vilka åtgärder som fungerar och hon noterar försämringar liksom förbättringar i patientens hälsostatus.

Att bry sig om underlättar inte bara givandet av vård och omsorg utan underlättar även för patienten att ta emot denna vård (18).

God omsorg och omvårdnad är beroende på vårdens kontext menar Benner och Wrubel (18). I situationer då det krävs tekniskt kunnande är det just detta som patienten uppskattar och ser som god omvårdnad från sjuksköterskan. Om situationen inte kräver något tekniskt är det sjuksköterskans sätt att bemöta och se patienten som denne värderar högst (18).

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur kvinnor upplever och hanterar sin livssituation, en månad - fem år, efter en hjärtinfarkt.

Frågeställningar:

- Vad påverkar kvinnors livskvalitet efter en hjärtinfarkt?
- Vilka copingstrategier används?

METOD

I tabellen nedan redovisas datum för artikelsökning, vilken databas och begränsningar som användes, hur många artiklar som hittades vid just den sökningen och vilka av dem som användes till uppsatsen. Även vilka referensnummer artiklarna har framkommer.

Tabell 1. Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Antal valda	Ref.nr
091028	Cinahl	Myocardial infarction and coping-strategies and women	År 2000-2009 Peer-reviewed Research article	7	2	19, 23
091028	Cinahl	Quality of life and myocardial infarction and women	År 2000-2009 Peer-reviewed Abstract Research article	41	2	21, 28
091028	Cinahl	Myocardial infarction and women and coping	År 2000-2009 Peer-reviewed Research article	19	3	20, 27, 30
091104	Cinahl	Myocardial infarction and experience and women	År 2000-2009 Peer-reviewed Research article	62	2	26, 22
091104	Cinahl	Myocardial infarction and recovery and women	År 2000-2009 Peer-reviewed Research article	40	1	25
091104	Cinahl	Myocardial infarction and perception and women	År 2000-2009 Peer-reviewed Research article	13	0	
091102	Manuell sökning	Författarens namn: Kristofferzon		9	1	24

Vid litteratursökningen bedömdes artiklarnas relevans efter titel och abstract. Därefter lästes de i sin helhet och ett beslut om hur relevanta de var för vårt syfte fattades. Totalt valdes elva vetenskapliga artiklar ut.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga studier som inkluderade kvinnor i sin undersökning om livskvalitet och copingstrategier efter en genomgången hjärtinfarkt. Studiernas fokus skulle vara 1 månad-5 år efter insjuknandet. Vi ville också ha de senaste forskningsrönen och inkluderade därför endast artiklar som var publicerade mellan år 2000-2009.

Exklusionskriterier

Artiklar som föll utanför tidsramen exkluderades, likaså artiklar där det var omöjligt att klart urskilja vad som berörde kvinnors upplevelser eller coping efter en hjärtinfarkt eftersom de behandlade kvinnor och män som en homogen grupp.

Dataanalys

Artiklarna lästes igenom i sin helhet utifrån begreppen livskvalitet och coping. De resultat som berörde de två begreppen markerades med varsin färg. De resultat som berörde coping sammanfogades till ett dokument och de resultat som berörde livskvalitet sammanfogades till ett annat dokument. Dessa dokument lästes igenom flera gånger för att finna resultat som motsvarade vårt syfte med tillhörande frågeställningar. Genom denna analys framkom olika huvudteman som strukturerade vår uppsats resultat.

RESULTAT

Kvinnornas livskvalitet efter en hjärtinfarkt har främst påverkats negativt men även i vissa fall fått positiva följder.

Livskvaliteten påverkas negativt

Flera författare skrev om att kvinnor besvärades av fysiska symtom tiden efter en hjärtinfarkt. I fyra artiklar belystes att fatigue, vilket innebär en mycket svår kronisk trötthet, var det vanligaste och det mest besvärliga symtomet (19-22). Fem månader efter hjärtinfarkten var det 41 % av kvinnorna som upplevde fatigue (19).

Andra fysiska symtom som kvinnor besvärades av efter hjärtinfarkten var arytmier, dålig fysisk kondition, magsmärta, andfåddhet och bröstsmärta (19-21). Kvinnorna uppgav att det som kunde framkalla bröstsmärta tiden efter hjärtinfarkten var oro, ångest och ilska (21).

De fysiska symtomen påverkade kvinnorna på många sätt. Att besväras av fatigue hindrade dem från att delta i aktiviteter som de deltog i innan hjärtinfarkten (20). De kunde även ha fått restriktioner av läkaren när det gällde aktiviteter. Dessa restriktioner framkallade flera olika känslor, till exempel en känsla av bristande autonomi, maktlöshet, obeslutsamhet och frustration. Det var frustrerande att inte kunna fortsätta

med sina dagliga rutiner, till exempel att köra bil (22). Även oro begränsade deras aktiviteter. Oron handlade om den personliga hälsan, rädsla för att få en ny hjärtinfarkt och rädsla för att dö. Med tiden minskade oron (21). Kvinnorna var också rädda för att överanstränga sig vilket medförde att de var överdrivet uppmärksamma på sina symtom (23).

Hjärtinfarkten förde med sig många förändringar för kvinnorna. Ett exempel är hur kroppen reagerade på dagliga rutiner. Kvinnorna verkade överraskade av hur trötta de var efter hjärtinfarkten. De symtom som kvinnorna hade medförde att deras möjlighet att umgås med vänner förändrades (22). Kvinnorna uttryckte svårigheter med att göra livsstilsförändringar eftersom detta var beroende av stöd från hela familjen. Det var även svårt att utföra rekommenderade förändringar av matvanor eftersom kvinnorna tyckte att de hade fått för lite information om detta. Att inte ha tillräckligt med information påverkade deras välbefinnande och hälsa negativt (21).

Kvinnorna uttryckte även att de hade för lite kunskap och för lite information om vilka problem som kunde väntas uppstå efter utskrivning (21). Andra var osäkra på hur omfattande hjärtinfarkten var. Trots att de hade fått både skriftlig och muntlig information var en del kvinnor fortfarande frågande när det gäller aktivitetsnivåer och symtom efter utskrivning (22).

Kerr och Fothergill-Bourbonnais (22) beskrev att kvinnor fick en känsla av förlust när de inte längre kunde utföra hushållsarbete efter en hjärtinfarkt. De förlorade kontroll över sin hemsituation. Den här rollförlusten gjorde att de kände sig mindre värda som människor. Några kände sig stressade av att veta att hushållsarbetet inte blev detsamma om deras make tog över en del av arbetet (22). Kvinnor kände sorg över förlust av självständighet och fysisk förmåga (23). Kristofferzon *et al* (24) belyste att kvinnor hade skuldkänslor och att de kände att de blev en börda för andra. Det gjorde att de upplevde sig vara mer irriterade och arga och blev lätt rörda till tårar (24). Några uttryckte till och med känslor av värdelöshet, tomhet och brist på livsgnista (21).

Deltagarna i studien gjord av White *et al* (23) uttryckte att de blev arga och frustrerade när de tyckte att deras nära och kära var för överbeskyddande och när de blev tillsagda vad de skulle göra. Detta ledde till frustration och irritation (23). Välmenande vänner hindrade kvinnorna från att delta fullt ut i tidigare sociala roller, vilket medförde att de kände sig uttråkade och värdelösa (22).

Två studier (21, 25) visade att kvinnor kände sig deprimerade efter en hjärtinfarkt. Ett år efter hjärtinfarkten hade 41 % mild till måttlig depression och 7 % hade måttlig till svår depression. Det fanns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan depression och mental hälsorelaterad livskvalitet. Dock fanns det inget samband mellan depression och fysisk hälsorelaterad livskvalitet (25).

Livskvaliteten påverkas positivt

Tre studier (23, 24, 26) belyste positiva effekter av att få en hjärtinfarkt. I en studie (26) uttryckte 65 % av kvinnorna att en hjärtinfarkt medförde positiva effekter. Oftast handlade det om att de uppskattade livet mer efteråt. Deras livssyn blev annorlunda och de prioriterade på andra sätt (26). De prioriterade sig själva mer (24). Familj och vänner blev viktigare och även de små sakerna i livet. Trettiosex procent av kvinnorna

berättade att de hade gjort livsstilsförändringar, i form av ändrade matvanor, ökad fysisk aktivitet, minskad stress och rökstopp (26).

Trots att tron på hälsa hade utmanats så hade kvinnorna bestämt sig för att inte bli sedda som "invalid" eller "patienter". Några kvinnor beskrev att de var i bättre kondition och var mer hälsosamma (23). Även självförtroendet hade ändrats:

"I like myself better; I feel more confident and I feel good about myself." (23, s. 280)

Vidare beskrev kvinnorna hur de hade fått en andra chans. Vissa sa att de hade fått ett bättre liv eller hade fått tillbaka livet efter hjärtinfarkten. De släppte många "måsten", de kände ingen arbetsstress och de blev mer framåt i livet (24).

Många kvinnor uttryckte också att de kände hopp. Vissa hoppades på ett hälsosamt, normalt och aktivt liv medan andra hoppades på att få leva tillräckligt länge för att kunna vara med sina barn och se sina barnbarn växa upp (24).

Copingstrategier

Kvinnorna använde en rad olika copingstrategier efter en genomgången hjärtinfarkt.

Optimism

Det vanligaste sättet att hantera livet efter en hjärtinfarkt menade Kristofferzon *et al* (27, 28) var *optimistisk* coping, dock förklarade författarna inte vad en sådan coping konkret innebar. Under en tidsperiod på ett år var användandet av *optimistisk* coping oförändrat och lika framträdande en månad efter hjärtinfarkt som tolv månader efter (28).

Minimering av konsekvenser

Ett annat begrepp som framkom i Brinks *et al* två studier (19, 20) var *minimering av konsekvenser*. Den drabbade kvinnan tonade ner allvaret i det som hade hänt och accepterade visserligen sin sjukdom men valde att se det som en "mild" eller "liten" hjärtattack. Vad som var särskilt utmärkande var att kvinnan inte gick in i någon livskris utan strävade efter att leva vidare ungefär som hon gjort tidigare (20). *Minimering av konsekvenserna* hade ett positivt samband med hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL) (19). Enligt Brink *et al* (20) ledde *minimering av konsekvenserna* till en känsla av kontroll och minskad stress. De intervjuade, som använde *minimering av konsekvenser* som strategi, valde oftast att inte prata om det som hade hänt (20).

White *et al* (23) beskrev en *kognitiv* copingstrategi där ingen av kvinnorna tyckte sig ha gått igenom en svår hjärtinfarkt och alla delade en positiv inställning och en stark tro att de snart skulle återvända till det normala livet. Inte heller ville kvinnorna reflektera för mycket över sina erfarenheter (23).

Fatalism

I nationalencyklopedins ordbok beskrivs fatalism som "... tro att händelseutvecklingen är förutbestämd och utom mänsklig kontroll..." (29 s. 390)

Denna strategi kom på fjärde plats över de vanligaste strategier som kvinnor använde efter en hjärtinfarkt enligt Kristofferzon *et al* (27). Brink *et als* studie (19) visade att *fatalism* hade en negativ effekt på HRQOL.

Accepterande och undvikande coping

Brink (30) har sammanfattat de olika strategierna i två huvudkategorier: "*Accepterande*" och "*Undvikande*". Beroende på om kvinnan hade en stark eller svag självkänsla (self-agency) och vilken coping-strategi som användes, uppvisades ett självskyddande eller ett självmodifierande beteende (30).

Prioriteringar

Kristofferzon *et al* (21) beskrev hur kvinnorna hanterade problem och situationer genom att förhandla och lita på sig själva och sina möjligheter. De förändrade attityder och beteenden och först på prioriteringslistan hamnade kvinnorna själva och de försökte motivera sig själva till förändringar såsom rökstopp och bättre matvanor (21).

I en annan studie gjord av Kristofferzon *et al* (24) framkom att kvinnorna använde en rad olika sätt för att minska sin stress. Bland dessa strategier återfanns accepterande och nedtrappning, lämna sysslor till påföljande dag, be om hjälp, lära sig att stå emot egna krav på sig själv och inte känna någon skuld för att ta upp plats. Även i denna studie framkom att kvinnorna började sätta sig själva främst och började leva ett mer hälsosamt liv (24).

Ta kontroll

Kerr *et al* (22) fann att kvinnorna trivdes bättre med att följa de hälsorestriktioner som fanns när de själva fick planera och organisera dem. Detta gav dem en känsla av kontroll.

Genom att ibland fuska med dieten eller fysisk aktivitet kunde kvinnorna känna att de hade kontroll över sina liv (22).

Självuppfattning

Några av de kvinnor som var i arbetsför ålder kände en rädsla för att fastna i sin sjukdom och ville börja arbeta 100 % med en gång och fortsätta som de levt innan hjärtinfarkten (24).

"...working half-time, then you get stuck...will try [to work] as usual...if it works, it works, can't get stuck into being sick either...drive you mad in the end" (24 s. 371).

Enligt Brink *et al* (20) valde de kvinnor som vid insjuknandet fortfarande arbetade, att antingen vänta innan de återvände till arbetet eller att anpassa arbetssituationen till sin nuvarande kapacitet.

I White *et al*s studie (23) framkom att kvinnor ofta kände en motvilja mot att överge sin gamla roll och ofta försökte skydda och hjälpa andra att hantera den uppkomna situationen.

Bearbetning av sjukdomstrauma

För vissa kvinnor var det viktigt att återberätta vad de hade varit med om. De sökte bekräftelse för de känslor de hade upplevt vid insjuknandet (22).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I den här litteraturstudien har vi använt oss av 11 studier där sju (19-21, 24, 27, 28, 30) fokuserar på både män och kvinnor. Vi hade föredragit att enbart använda oss av studier som endast undersökte kvinnor. Detta för att vi anser att desto mer fokuserad en studie är på en population desto bättre blir resultatet och risken för färgning av åsikter som berör en annan population minskar. För oss som tolkar resultatet i en studie underlättar det om det går att utgå från att det rör den population vi är intresserade av. För att få ihop ett tillräckligt stort underlag var detta inte möjligt. Därför exkluderade vi endast de studier där det inte gick att urskilja vilka resultat som gällde kvinnor.

Tidsperioden i vår studie kan tyckas vara lång då det är möjligt att man mår annorlunda fem år efter en hjärtinfarkt än efter bara en månad. Dock är det bara en studie (26) vars tidsperiod sträckte sig längre än tolv månader efter hjärtinfarkten. Den inkluderades eftersom deltagarna endast var kvinnor och därmed relevant för vår uppsats. Dessutom berördes den positiva aspekten av hjärtinfarkt i denna studie, vilket vi ansåg var intressant.

Vi har tagit med både kvantitativa och kvalitativa studier för att få en så bra helhetsbild som möjligt då kvalitativa studier ger den subjektiva upplevelsen och kvantitativa studier ger en bättre möjlighet att se samband.

Sju av studierna (19-21, 24, 27, 28, 30) är från Sverige och berör i huvudsak en population i mellersta eller södra Sverige. I och med att vår uppsats främst riktar sig till svensk sjukvård är det bra med ett brett underlag av studier från Sverige. Kulturskillnader blir inte lika stora och resultaten mer användbara. Både Kristofferzon *et al* (21, 24, 27, 28) och Brink *et al* (19, 20, 30) tog med kvinnor och män i sina studier. Ingen studie har kunnat bekräftas vara genomförd i norra Sverige. Av Sveriges befolkning bor visserligen den största delen i södra Sverige men det hade varit intressant att få ta del av norrländska kvinnors upplevelser för att få en mer övergripande bild av kvinnorna i Sverige.

Av de inkluderade svenska studierna står Kristofferzon *et al* (21, 24, 27, 28) för fyra och Brink *et al* (19, 20, 30) för tre. De resterande studierna kommer ifrån Norge (26), Storbritannien (23), Kanada (22) och USA (25). De har alla endast undersökt en kvinnlig population och bidrar därför med viktig data till vår uppsats. Dessutom ger det en inblick i hur det ser ut i den övriga västvärlden.

Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur kvinnor upplever och hanterar livssituationen, en månad - fem år, efter en hjärtinfarkt. I vår uppsats har det framkommit att kvinnor besvärades av både trötthet och fatigue (svår kronisk trötthet) efter en genomgången hjärtinfarkt (19-22). Detta påverkar deras livskvalitet negativt. Många kvinnor uppgav också att de upplevde en rollförlust och förlorad identitet, vilket besvärade dem (22). Många olika copingstrategier användes. *Optimistisk* coping var en av de mest framträdande strategierna (27, 28). Med dessa resultat anser vi att vi har uppnått vårt syfte.

Livskvalitet

Som nämns i bakgrunden rymmer begreppet livskvalitet flera dimensioner. Det kommer även fram i vårt resultat där kvinnorna uppger hur deras liv påverkas på många sätt av hjärtinfarkten.

Många kvinnor besvärades av fatigue och det hade stor påverkan på vardagen (19-22). En studie (25) visade att fem månader efter hjärtinfarkten var prevalensen av depression mer än 40 % vilket kan anses vara en hög siffra. I en studie (24) uppgav kvinnorna att de hade skuldkänslor och att de kände sig som en börda för andra. Det verkar sannolikt att det finns ett samband mellan fatigue och depression då en sådan enorm och svår trötthet som fatigue, mycket väl skulle kunna ge den drabbade en känsla av uppgivenhet. Vidare skulle det kunna vara så att kvinnor som upplever fatigue egentligen är deprimerade. I DSM-IV (31) nämns olika kriterier som måste uppfyllas för att patienten ska få diagnosen *egentlig depressionsepisod*. Minst fem av de nio symtom som beskrivs i DSM-IV måste uppvisas under minst två veckor och minst ett av dessa ska vara nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje. Några andra kriterier som nämns är obefogade skuldkänslor, brist på energi och svaghetskänslor (31).

Frågan är huruvida fatigue är ett somatiskt symtom på en hjärtinfarkt eller om det egentligen rör sig om en depression som uppstår som en effekt av en genomgången livskris. White *et al* (25) har undersökt depression och livskvalitet. De spekulerade över om fatigue, trötthet och arbetsförmåga snarare är symtom på fysiska begränsningar efter en hjärtinfarkt än depression. Detta antyder att vårdpersonal bör utreda om dessa symtom är tecken på depression eller om de är fysiska begränsningar efter en hjärtinfarkt (25). Om det finns ett samband mellan de symtom kvinnor upplever efter hjärtinfarkten och någon form av depression, är det viktigt att vårdpersonal är uppmärksam på dessa patienter så att de i ett tidigt skede kan få hjälp. Det skulle kunna leda till bättre livskvalitet.

Benner och Wrubel (18) menar att människan måste bry sig om för att få och kunna ta emot god omvårdnad och omsorg. En del kvinnor kan känna att de bryr sig om sig själva och sin hälsa och vill ändra livsstil men drabbas av fatigue som gör att de känner sig inkapabla till det.

En möjlig tolkning är att om man vill ta hand om sig själv och att ha det som ett inre krav samtidigt som orken inte finns så kan det leda till nedstämdhet och kanske också depression.

En del kvinnor beskrev frustration över förlust av autonomi. Att ha kvar sin självständighet var något som de flesta självklart bryr sig mycket om. Om kvinnorna

inte hade brytt sig om sin autonomi hade förlusten inte varit av betydelse enligt Benner och Wrubel (18).

Det var oväntat att en hjärtinfarkt kunde medföra positiva effekter på livskvaliteten. Ett flertal kvinnor uppgav att de uppskattade livet mer och gjorde förändringar (26). Resultatet visade också att den vanligaste copingstrategin var *optimism* (27, 28). Förutsatt att optimism innebär att ha en optimistisk syn på allt kan det kanske vara så att valet av copingstrategi påverkar synen på livskvaliteten.

Det är relevant att poängtera att en (26) av de tre studier som tar upp positiva effekter har gjorts tre månader till fem år efter hjärtinfarkten. Det är mycket som kan ha inträffat under dessa fem år som kan ha påverkat kvinnans inställning i positiv riktning.

Att drabbas av en hjärtinfarkt syns inte utanpå. En patient som har brutit benet och åker hem från sjukhuset med kryckor och gipsat ben syns. Det människan kan se är också något som är sant. Därför kan det vara svårt för omgivningen men även för patienten själv att inse vilka begränsningar som uppstår. Trots att kvinnan inte har några synliga yttre skador på kroppen påverkas hennes vardag av olika fysiska symtom vilka hindrar henne att komma tillbaka till sin roll som fru, mamma, pensionär etc. Denna rollförlust och den börda kvinnorna upplevde sig vara för nära och kära skulle kunna innebära en identitetskris. Den här rollförlusten och identitetskrisen kan ses i likhet med vad Johansson (11) har kommit fram till i sin avhandling att det finns risk att drabbas av en existentiell osäkerhet när livet efter en hjärtinfarkt känns skört.

Coping

I vår uppsats har vi fått fram ett antal copingstrategier som kvinnor använde sig av i sitt dagliga liv efter en hjärtinfarkt.

Ingen av de tre studier (19, 27, 28) som namngivit olika copingstrategier har gått närmare in på någon förklaring över vad användandet av en av dem skulle innebära. De båda författarna Kristofferzon *et al* (27, 28) och Brink *et al* (19) använder dessutom olika namn på de copingstrategier som framkommit i deras respektive studie förutom i ett fall och det är copingstrategin *fatalism* som getts samma namn. Detta gör det svårt att avgöra om de har funnit liknande resultat.

Benner och Wrubel (18) menar att en copingstrategi som bygger på att ta distans ifrån stressrelaterade händelser, såsom *undvikande coping* och *minimering av konsekvenser*, i grund och botten är negativ för individen. Det bästa är att få utlopp för sin stress och för sina känslor enligt författarna. White *et al* (23) beskriver en *kognitiv coping* som skulle kunna innebära samma sak som *minimering av konsekvenser*.

En del kvinnor försökte motverka rollförlusten och ignorera allvaret i sin sjukdom och gick tillbaka till sitt arbete för att arbeta heltid (24). En sådan copingstrategi skulle kunna vara *undvikande* strategi (27).

I Brink *et als* (19) studie framkom att minimering av konsekvenser faktiskt har ett positivt samband med HRQOL. Sjöberg (32) uppgav att det initialt kan vara fördelaktigt att använda sig av förnekande coping vid sjukdom men att patienten senare bör försöka övergå till en mer problemfokuserad strategi (32). Ett hjärta som genomgått en infarkt

och drabbats av ischemi mår troligtvis bäst av att utsättas för så lite stress som möjligt, vilket även det skulle tala för fördelarna med en förnekande copingstrategi initialt. Med detta taget i beaktande tror vi att det snarare är så att Benner och Wrubels teori (18) är något som man bör sträva efter i det långa loppet men i början av sjukdomsförloppet kanske det är bäst med mer *undvikande* coping utan så mycket "bry sig om" ifrån patientens sida.

De som använde sig av *minimering av konsekvenser* (20) ville oftast inte prata om händelsen kring hjärtinfarkten till skillnad från andra kvinnor som använde *bearbetning av sjukdomstrauma* (22) som copingstrategi. Att inte vilja prata om det skulle kunna tolkas som en emotionell hantering av problemet och att vilja prata om det skulle kunna ses som ett problemlösande sätt att hantera situationen.

Relevans för sjuksköterskefunktionen

Att sjuksköterskan vet om hur livskvaliteten kan påverkas efter en hjärtinfarkt är viktigt för att kunna informera patienten om hur livet kan tänkas bli efter utskrivningen. Exempelvis överraskades kvinnorna över hur trötta de var. Om kvinnorna är beredda på att det är troligt att de kommer känna en överhängande trötthet kan det vara lättare för dem att förstå och stå ut med den utan att drabbas av ett bakslag.

God omvårdnad bygger på en helhetssyn av människan där fysiska, psykiska, andliga och sociala dimensioner är viktiga för att bevara hälsan och livskvaliteten. För att sjuksköterskan ska kunna bemöta patienten på ett bra sätt är det viktigt att hon har kunskaper om vilka copingstrategier som patienten kan tänkas använda. Till exempel att möta en patient som verkar förneka sin sjukdom kräver att sjuksköterskan har förståelse för just den här patientens copingstrategi.

Förslag till framtida forskning

Det var svårt att tolka i studierna huruvida kvinnorna använde sig av en copingstrategi eller av flera samtidigt. Vi anser att ytterligare forskning behövs inom området coping för att bättre klargöra användandet av olika strategier.

Det vore intressant att veta om copingstrategin *minimering av konsekvenser* fortsätter livet ut eller om personen plötsligt inser magnituden av den allvarliga händelse som de faktiskt har varit med om. Hur skulle patienten reagera på den plötsliga stressen?

Vi kom till slutsatsen att när kvinnorna kom hem från sjukhuset saknade de kunskap och information inom många områden som rörde deras sjukdom och rehabilitering. Detta trots att de hade mottagit både skriftlig och muntlig information från sjukhuset. Därför anser vi att vidare uppföljning och forskning inom detta område bör göras för att klargöra varför patienterna inte tar till sig informationen och undersöka hur de kan uppleva en bättre känsla av trygghet efter utskrivning.

REFERENSER

- (1) http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8720/2008-125-20_200812520_rev.pdf Datum: 09-12-13
- (2) http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8309/2009-125-18_200912518_rev.pdf Datum: 09-12-13
- (3) Seeley RR, Stephens TD & Tate P *Anatomy and physiology*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
- (4) Nilsson J & Siegbahn A. Patogenes vid akut kranskärslssjukdom. In L Wallentin editor. Akut kranskärslssjukdom. Falköping: Liber AB; 2005. pp.250-261
- (5) Schenck - Gustafsson K, Könsskillnader i medicinen. In K Schenck - Gustafsson editor. Kvinnohjärtan- Hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor. Lund: Studentlitteratur; 2003. pp.12-17
- (6) Wenger NK, Coronary heart disease in women: Evolution of our knowledge. In K Orth-Gomér, M Chesney & NK Wenger editors. Women, stress, and heart disease. USA: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. pp.1-15
- (7) Ståhle E, Revaskularisering. In K Schenck - Gustafsson editor. Kvinnohjärtan- hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor. Lund: Studentlitteratur; 2003. pp.59-72
- (8) Lindahl B & Johansson P. Klinisk bild, intagningsindikationer, EKG och biokemiska markörer. In L Wallentin editor. Akut kranskärslssjukdom. Falköping: Liber AB; 2005. pp.36-39
- (9) Schenck - Gustafsson K. *Det brustna kvinnohjärtat- Om kvinnors hjärt- kärlsjukdomar*. Tyskland: Prisma; 2008.
- (10) Rosengren A & Hasdai D. Acute coronary syndromes - thrombolysis, angioplasty. In N Kass Wenger & P Collins editors. Women & Heart Disease. Chippenhams, UK: Taylor & Francis; 2005. pp.227-228
- (11) Johansson Sundler A *Mitt hjärta mitt liv - Kvinnors osäkra resa mot hälsa efter en hjärtinfarkt*. Göteborg: Växjö University Press; 2008.
- (12) Kristofferzon ML. *Life After Myocardial Infarction in Swedish Women and Men - Coping, Social Support and Quality of Life Over the First Year*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006
- (13) Svensk ordbok utgiven av Svenska Akademien. A-L. Första upplagan. Stockholm: Nordstedts; 2009
- (14) Nationalencyklopedin, tolfte bandet. Höganäs. Bra Böcker AB; 1993.
- (15) http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf Datum: 09-12-13
- (16) Shumaker SA & Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In SA Shumaker & RA Berzon editors. The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement & analysis. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd; 1995. pp.3-10
- (17) Lazarus R & Folkman S *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc; 1984.

- (18) Benner P & Wrubel J *The primacy of caring*. USA: Addison-Wesley Publishing company, Inc.; 1989.
- (19) E. Brink, B.W. Karlson & L.R. Hallberg, "Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months," *Psychology, Health & Medicine*, vol. 7, no. 1, pp. 5–16, 2002.
- (20) E. Brink, B.W. Karlson & L.R. Hallberg, "Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self," *J. Advanced Nursing*, vol. 53, no. 4, pp. 403–411, 2006.
- (21) M.L. Kristofferzon, R. Löfmark & M. Carlsson, "Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction," *J. Clinical Nursing*, vol. 16, pp. 391–401, 2005.
- (22) E.E. Kerr, F. Fothergill - Bourbonnais &, "The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction," *Heart & Lung*, vol. 31, no. 5, pp. 355–367, 2002.
- (23) J. White, M. Hunter & S. Holttum, "How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping," *Psychology, Health & Medicine*, vol. 12, no. 3, pp. 278–288, 2007.
- (24) M.L. Kristofferzon, R. Löfmark & M. Carlsson, "Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction," *Scandinavian J. Caring Sciences*, vol. 22, pp. 367–375, 2008.
- (25) M.L. White, C.J. Groh &, "Depression and Quality of life in Women after a Myocardial Infarction," *J. Cardiovascular Nursing*, vol. 22, no. 2, pp. 138–144, 2007.
- (26) M. Norekvål, P. Moons, B.R. Hanestad, J.E. Nordrehaug, T. Wentzel-Larsen & B. Fridlund "The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction," *European J. Cardiovascular Nursing*, vol. 7, pp. 80–87, 2008.
- (27) M.L. Kristofferzon, R. Löfmark & M. Carlsson, "Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men," *Heart & Lung*, vol. 34, no. 1, pp. 39–50, 2005.
- (28) M.L. Kristofferzon, R. Löfmark & M. Carlsson, "Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction," *J. Advanced Nursing*, vol. 52, no. 2, pp. 113–124, 2005.
- (29) Nationalencyklopedins ordbok, första bandet, Höganäs. Bra Böcker AB; 1995.
- (30) E. Brink, &, "Adaptation Positions and Behavior Among Post Myocardial Infarction Patients," *Clinical Nursing Research*, vol. 18, pp. 119–135, 2009.
- (31) American Psychiatric Association *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. 4th ed. Kristianstad: Pilgrim Press; 1994.

- (32) Sjöberg G, Omvårdnad vid akut kranskärslssjukdom. In L Wallentin editor.
Akut kranskärslssjukdom. Falköping: Liber AB; 2005. pp.127-234

Bilaga 1

Artikelpresentation

Referensummer: 19

Författare: Brink E., Karlson B.W., Hallberg R.-M.

Titel: Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months

Tidskrift: Psychology, health & medicine

År: 2002

Land: Sverige

Syfte: Utforska HRQL och copingstrategier hos patienter med en förstagångs-hjärtinfarkt, fem månader efter utskrivning.

Metod: Del av en longitudinell studie. Deltagarna fick frågeformulär hemskickade som analyserades med SPSS för Windows

Urval: Patienter från Uddevalla sjukhus intagna på en hjärtavdelning med en förstagångs-hjärtinfarkt under oktober 1998-september 1999. 37 kvinnor och 77 män.

Antal referenser: 44

Referensummer: 20

Författare: Brink E., Karlson B. W., Hallberg L. R.-M.

Titel: Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self

Tidskrift: Journal of advanced nursing

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Undersöka självregleringsprocessen för att uppnå ökad förståelse av anpassningen efter en förstagångs-hjärtinfarkt

Metod: Intervjustudie. Grounded theory användes som metod för datainsamling och analys.

Urval: 11 kvinnor och 10 män valdes ut så att de bildade en heterogen grupp relaterat till ålder, utbildning och anställning.

Antal referenser: 41

Referensummer: 21

Författare: Kristofferzon M-L., Löfmark R., Carlsson M.

Titel: Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Beskriva dagliga livserfarenheter hos kvinnor och män under de första fyra till sex månaderna efter en hjärtinfarkt.

Metod: Del av en longitudinell studie. Semi-strukturerade intervjuer analyserade med kvalitativ innehållsanalys.

Urval: 20 Kvinnor och 19 män från ett sjukhus med upptagningsområde i Mellansverige.

Antal referenser: 35

Referensummer: 22

Författare: Kerr E., Fothergill-Bourbonnais F.

Titel: The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction

Tidskrift: Heart & Lung

År: 2002

Land: Kanada

Syfte: Undersöka kvinnors erfarenhet av återhämtning under den tidiga fasen av återhämtning efter en hjärtinfarkt i åldersgruppen 65 år och äldre.

Metod: Heideggerian fenomenologi, ostrukturerade intervjuer och hermeneutisk tolkning

Urval: Sju kvinnor som har haft en hjärtinfarkt för första gången. Ålder: 67-86 år. Dessa patienter rekryterades från ett stort kanadensiskt sjukhus och från ett center för behandling av hjärtsjukdom.

Antal referenser: 56

Referensummer: 23

Författare: White J., Hunter M., Holttum S.

Titel: How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping

Tidskrift: Psychology, Health & Medicine

År: 2007

Land: Storbritannien

Syfte: Undersöka "anpassning" i form av kvinnors syn på sjukdomstillfället, men också den påverkan hjärtinfarkten hade på deras relationer och deras copingstrategier.

Metod: Semi-strukturerade intervjuer, texterna analyserades med IPA

Urval: Fem kvinnor 40-70 år som genomgått sin första hjärtinfarkt inom de senaste 6 månaderna identifierades i sjukhusets databas.

Antal referenser: 37

Referensummer: 24

Författare: Kristofferzon M-L., Löfmark R., Carlsson M.

Titel: Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction

Tidskrift: Scandinavian journal of caring sciences

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Beskriva svenska kvinnor och mäns erfarenheter ifrån vardagslivet fyra till sex månader efter en hjärtinfarkt samt deras förväntningar på framtiden.

Metod: Del av en longitudinell studie. Intervjustudie analyserad med kvalitativ innehållsanalys

Urval: 20 Kvinnor och 19 män från ett sjukhus med upptagningsområde i Mellansverige.

Antal referenser: 35

Referensummer: 25

Författare: White M. L., Groh C. J.
Titel: Depression and Quality of life in Women after a Myocardial Infarction
Tidskrift: Journal of Cardiovascular Nursing
År: 2007
Land: USA
Syfte: Undersöka sambandet mellan depression och livskvalitet hos kvinnor efter en första hjärtinfarkt.
Metod: En deskriptiv studie gjordes med frågeformulär
Urval: Bekvämlighetsurval av kvinnor äldre än 21 år från fyra stora hjärtkliniker i mellanvästern i USA. 27 kvinnor som haft en förstagångs-hjärtinfarkt valdes ut.

Antal referenser: 42

Referensummer: 26

Författare: Norekvål T.M., Moons P., Hanestad B. R., Nordrehaug J. E., Wentzel-Larsen T., Fridlund B.
Titel: The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction
Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing
År: 2008
Land: Norge
Syfte: Undersöka om äldre kvinnor upplevde något positivt med sin hjärtinfarkt samt beskriva de sociodemografiska och kliniska karaktärer av dessa patienter, och slutligen undersöka eventuella positiva effekters beskaffenhet och frekvens.
Metod: Tvärsnittsstudie med enkäter som analyserades både kvantitativt och kvalitativt.
Urval: Kvinnor som inom en femårsperiod har genomgått en hjärtinfarkt och fått behandling vid ett specifikt sjukhus. 145 svarade kvinnor svarade på enkäten.

Antal referenser: 38

Referensummer: 27

Författare: Kristofferzon M-L., Löfmark R., Carlsson M.
Titel: Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men
Tidskrift: Heart & lung
År: 2005
Land: Sverige
Syfte: Beskriva och jämföra coping, socialt stöd och livskvalitet hos svenska kvinnor och män en månad efter hjärtinfarkten.
Metod: Del av en longitudinell studie. Fyra olika frågeformulär användes.
Urval: 74 kvinnor och 97 män från ett sjukhus utvalda från sjukshusjournalerna mellan åren 1999-2001

Antal referenser: 60

Referensummer: 28

Författare: Kristofferzon M-L., Löfmark R., Carlsson M.

Titel: Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction

Tidskrift: Journal of advanced nursing

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Jämföra självskattad coping, socialt stöd, livskvalitet och hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor och män 1, 4 och 12 månader efter hjärtinfarkt med avseende på skillnader över tid och skillnader mellan kvinnor och män.

Metod: Longitudinell studie som använde sig av frågeformulär

Urval: 74 kvinnor och 97 män från ett sjukhus utvalda från sjukshusjournalerna mellan åren 1999-2001

Antal referenser: 55

Referensummer: 30

Författare: Brink E.

Titel: Adaptation Positions and Behavior Among Post Myocardial Infarction Patients

Tidskrift: Clinical Nursing Research

År: 2009

Land: Sverige

Syfte: Utforska hjärtinfarktpatienters erfarenheter av anpassning till sjukdomskonsekvenser ett år efter insjuknande.

Metod: Intervjustudie analyserad med grounded theory

Urval: 10 kvinnor och 9 män som genomgått sin första hjärtinfarkt tillfrågades när de låg inne på sjukhuset

Antal referenser: 46